



# Medicina de Familia. SEMERGEN



<https://www.elsevier.es/semergen>

## 216/80 - Síndrome Escrotal Agudo. A propósito de un caso

B.M. Borzdynska Michalska<sup>a</sup>, M. Guevara Salcedo<sup>b</sup>, R. Coma Nieto<sup>c</sup> y A. Hernández Domínguez<sup>b</sup>

<sup>a</sup>Médico Residente de 3<sup>er</sup> año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Luis Vives. Alcalá de Henares, Madrid. <sup>b</sup>Médico Residente de 2<sup>º</sup> año de Medicina Familiar y Comunitaria; <sup>c</sup>Médico Residente de 3<sup>er</sup> año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Reyes Magos. Alcalá de Henares, Madrid.

### Resumen

**Descripción del caso:** Varón de 17 años, acude a Centro de Salud por cuadro de dolor testicular izquierdo, agudo, progresivo en intensidad, de media hora de evolución. Niega traumatismo previo. Afebril. Niega síntomas urinarios irritativos. No otra sintomatología asociada. No antecedentes médico-quirúrgicos de interés.

**Exploración y pruebas complementarias:** Buen estado general. No impresiona de gravedad aunque sí de dolor intenso. Abdomen blando, depresible, no doloroso, no signos de irritación peritoneal. Genitales: testículo derecho de tamaño y consistencia normal. Testículo izquierdo de volumen ligeramente aumentado, doloroso a la palpación, epidídimo y cordón aparentemente bien posicionados pero impresiona de ligera horizontalización del mismo. Ausencia de reflejo cremastérico. Prehn negativo. Ante sospecha de síndrome escrotal agudo se traslada al paciente urgentemente al hospital de referencia. Analítica de urgencias: sin alteraciones. Ecografía testicular de urgencias: El testículo derecho es de tamaño normal, ecogenicidad homogénea, sin lesiones focales y con adecuada vascularización. El testículo izquierdo es de tamaño y morfología normal siendo doloroso a la exploración. Se observa ausencia de flujo en su tercio superior y medio con escaso flujo en el tercio inferior del mismo. El cordón del testículo izquierdo se encuentra engrosado y edematoso, con ausencia de flujo. Conclusión: hallazgos sugestivos de torsión testículo izquierdo.

**Juicio clínico:** Torsión testicular izquierda. Tratamiento: orquidopexia bilateral.

**Diagnóstico diferencial:** Torsión del cordón espermático (torsión testicular). Torsión de los apéndices testiculares. Epididimitis-orquiepididimitis aguda. Otras: hidrocele, varicocele, traumatismo escrotal, hernia inguinal, tumores testiculares/epididimarios, púrpura de Scholein-Henoch, gangrena penescrotal de Fournier, dolor referido, paniculitis.

**Comentario final:** Incidencia general de torsión testicular en pacientes con dolor escrotal: entre 16-42%. Dos picos (neonatal y puberal). Clínica: Dolor relacionado con una contracción cremastérica leve (ejercicio, estimulación sexual...). Dolor agudo, brusco e intenso de la región escrotal. Puede acompañarse de náuseas y vómitos. La fiebre y los síntomas miccionales no suelen estar presentes. El testículo suele estar edematoso y con eritema escrotal. Aparece generalmente elevado y horizontalizado (Sg. de Gouverneur) o con el epidídimo en posición anterior. El dolor suele aumentar al elevar el testículo afecto (Sg. Prehn negativo) y el reflejo cremastérico suele estar abolido. Diagnóstico: exploración física fundamental. Pruebas complementarias: eco-Doppler color (diagnóstico diferencial entre torsión y orquiepididimitis).

Gammagrafía. Tratamiento: exploración quirúrgica inmediata (viabilidad en relación con el tiempo de isquemia y la gravedad de la misma) Si no existen datos de necrosis: orquidopexia bilateral. Si se objetiva necrosis testicular: orquiectomía. Detorsión manual. Si la cirugía no está disponible de manera inmediata (la técnica es de dentro a fuera). Aunque la detorsión manual haya sido efectiva, es necesaria la cirugía para realizar la fijación y explorar. Pronóstico: En relación con el tiempo de isquemia (4-6h, viabilidad cercana al 100%; 6-12h, aprox 70%; 20% o si la isquemia es > 12h).

## BIBLIOGRAFÍA

1. Lewis AG, Bukowski TP, Jarvis PD, et al. Evaluation of acute scrotum in the emergency department. *J Pediatr Surg.* 1995;30:277.
2. Deeg KH, Wild F. Colour Doppler imaging -a new method to differentiate torsion of the spermatic cord and epididymo-orchitis. *Eur J Pediatr.* 1990;149:253.
3. Martín C, Rodríguez G, Rengifo D. Escroto agudo. E: Urgencias en Urología: Manual para residentes. Jarpyo editores. Madrid ,1995.